

АНАЛИЗ ВНЕДРЕНИЯ ИНСТРУКЦИИ НА МЕТОД «ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ» В РОДДОМАХ г. ВИТЕБСКА ЗА 2010-2014 гг.

*Прусакова О.И., Дейкало Н.С., Бресский А.Г., Кожар Е.Д., Дедуль М.И.,
Новикова А.А., Агеева М.В.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Распространенность эпилепсии у беременных женщин достигает 0,7%. По данным Hauser W.A. и соавт. (1996), каждые 3-5 на 1000 новорожденных рождаются от матерей, страдающих эпилепсией. Возросшая доступность информации любой направленности для населения, внедрение новых противоэпилептических препаратов, существенно улучшающих качество жизни больных, обеспеченность современным медицинским оборудованием, позволяющим отслеживать комплекс объективных показателей развития беременности, привели к тому, что все большее количество женщин, больных эпилепсией, стремится иметь детей. Спектр вопросов, которые приходится решать лечащему врачу во время беременности у больных эпилепсией, чрезвычайно широк: каким будет результат взаимовлияния эпилепсии и беременности; особенности ведения родов; прогноз рождения здорового ребенка, вероятность развития у него эпилепсии. Стратегия ведения беременности основывается на предположении о том, что припадки, особенно судорожные, являются более опасными для матери и плода, чем тератогенное действие противоэпилептических препаратов.

Цель. Изучить внедрение инструкции на метод «Ведение беременности у женщин, страдающих эпилепсией» в роддомах г. Витебска за 2010-2014гг.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 114 историй родов женщин, страдающих эпилепсией, родоразрешенных в роддомах г. Витебска №1, №2 и УЗ «ВГКБ СМП». Выкопировка данных из историй родов проводилась по специально разработанной анкете. Обработка данных проведена в программах MicrosoftExcel и Statistica 6.

Результаты исследования. Был произведен ретроспективный анализ 114 историй родов женщин, страдающих эпилепсией. Основная группа составила 79 пациенток, контрольная группа - 35.

Нами было выявлено, что средний возраст пациенток в основной группе составляет- 27,8 года, а в контрольной группе –28,2 года. В основной группе 72 женщины (92%) находятся в возрастном интервале от 18 до 40 лет, 2 женщины(2%) - старше 40 лет, 5 пациенток (6%) – до 18 лет. В контрольной группе 33 женщины (94%) в возрасте от 18 до 40 лет, 2 пациентки (6%) до 18 лет.

В основной группе первобеременными было 35 (44 %) женщин, в контрольной группе 20 (60,6 %). Повторнобеременными в основной группе было 44 (57%) женщин, в контрольной группе – 13 (39,4%). ($P > 0,005$)

В основной группе женщин из города было 47 (60%), в контрольной группе из города было 33 женщины (94%). В основной группе из сельской местности было 32 женщины (40%), в контрольной группе из сельской местности было 2 женщины (6%). Из основной группы у 49 женщин (62%) были оперативные роды, из контрольной группы у 11 женщин (31,4%). В обеих группах выявлены гинекологические заболевания. Основная группа : эрозия шейки матки в количестве 13 (16,4%), миома - 3 (3,7%), сифилис – 3 (3,7%), кольпит 1 (1,26%). В контрольной группе : эрозия шейки матки встречалась у 12 (36%) женщин, кольпиту 5 (15%), миома у 2 (6%), что не имело достоверных различий с основной группой ($p > 0,005$). Экстрагенитальная патология диагностировалась в обеих группах. Данные представлены в таблице №1.

Таблица 1.

Патология	С эпилепсией	Без эпилепсии
Офтальмологическая	0 (0%)	5 (15,15%)
Дыхательной системы	1 (2,94%)	5 (15,15%)
Пищеварительной системы	5 (6,33%)	5 (15,15%)
Инфекционная	13 (16,5%)	15 (45,4%)
Саркоидоз	0 (0%)	1 (3%)
Щитовидной железы	3 (8,8%)	1 (3%)
Сердечнососудистая	5 (6,33%)	2 (6,06%)
Дерматологическая	0 (0%)	1 (3%)
Молочных желез	0 (0%)	1 (3%)
СД	2 (5,88%)	0 (0%)
ЛОР	3 (8,8%)	6 (18,18%)
Ожирение	1 (2,94%)	1 (3%)
Почек	1 (2,94%)	2 (6,06%)

В основной группе все дети родились живыми (100%). В основной группе 1 (1,26%) новорожденный находился в состоянии лёгкой степени тяжести и 1 (1,26%) - в состоянии средней степени тяжести. В то время, как в контрольной группе все дети входили в оптимальный диапазон шкалы Апгар.

Минимальный вес плода в основной группе составил – 1650 г., в контрольной - 2420 г.

Максимальный вес плода в основной группе составил – 4750 г., в контрольной – 4890 г.

Средний вес плода в основной группе составил – 3240 г., в контрольной – 3251 г.

Длина плода до 47 см в основной группе выявлен у 4 (5,06%) новорожденных, в контрольной группе - у 2 (6%). Длина плода от 47 см и выше в основной группе у 75 (95%) новорожденных, в контрольной группе у 33 (94%)

Выводы. Ведение беременности у женщин, страдающих эпилепсией, не имели статистически значимых отличий по сравнению с контрольной группой. Из основной группы выписано домой было 78 детей, 1 ребенок переведен в Витебскую детскую областную клиническую больницу. В контрольной группе все дети выписаны домой.

Литература:

1. Власов, П. Н. Эпилепсия и беременность / П. Н. Власов, В. А. Петрухин, Н. Д. Гаспарян. – М. : Литтерра, 2012 – С. 485–533.
2. Власов, П. Н. Терапевтическая тактика по эпилепсии во время беременности : метод. указания №2001/130 / П. Н. Власов. – М., 2001. – С. 15.
3. Озолия, Л. А. Современная терапевтическая тактика ведения беременных, больных эпилепсией / Л. А.Озолия, А.З.Кашежева. – 2005. – № 81. – С. 278–285.
4. О. В. Макаров, Николаев Н.Н., Волкова Е.В.// Акушерство и гинекология. – 1998. – № 39. – С. 17–25.
5. Pregnancy and perinatal outcome in epileptic women: A population-based study / O. Katz [et al.] // The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine. – 2006 Jan. – Vol. 19, N 1. – P. 21–35.
6. Management Issues for Women with Epilepsy (American Academy of Neurology Guideline Summary for Clinicians).
7. Morrow J. The XX factor. Treating women with anti-epileptic drugs. National services for health. 2007
8. O'Brien. Management of epilepsy in women / O'Brien, S.K. Gilmour-White. // Postgrad. Med. J. – 2005. – Vol. 81. – P. 278–285.

ПРИНЦИПЫ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ (БЛД)

Пчельников Ю.В., Котлярова В.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Целью нашей работы явилось обеспечение преемственности в наблюдении и оказании адекватной медицинской помощи детям грудного и раннего возраста, страдающим БЛД.

БЛД является наиболее распространенным хроническим заболеванием легких у детей грудного и раннего возраста. Возникает у новорожденных детей, главным образом, глубоко недоношенных. БЛД развивается в процессе длительной терапии респираторных расстройств с помощью ИВЛ и высоких концентраций кислорода. Она проявляется дыхательной недостаточностью (гипоксемией) из-за преимущественного поражения бронхиол и паренхимы легких и характеризуется стойкими обструктивными нарушениями и характерными рентгенологическими изменениями. Принято выделять классическую и «новую» формы БЛД недоношенных, а также БЛД